Página 13
PT
Nº 181 MAR/2018
UM JORNAL A SERVIÇO DO PT DEMOCRÁTICO, SOCIALISTA E REVOLUCIONÁRIO

Eleição sem Lula é Fraude!!

O SUS é nosso!!

Ninguém tira da gente!

Direito conquistado, não se compra e não se vende!!

O "Luta Saúde" foi criado em 2017, reunindo um grupo de militantes e simpatizantes do Partido dos Trabalhadores, comprometidos com a construção do socialismo, com os princípios da reforma sanitária e com os pressupostos constitucionais do SUS, tendo como espaços privilegiados de atuação os setoriais de saúde dentro do partido, os movimentos sociais fora do partido e os conselhos de saúde no Estado. Para fortalecer nossa hegemonia no plano político, teórico e programático na sociedade, no estado e no partido, mulheres e homens de todas as idades, etnias e gêneros, organizados em diversos estados, defendem a soberania, a democracia, o emprego, os direitos sociais, a sustentabilidade ambiental e a ética pública na atual conjuntura histórica.

Na luta contra os golpistas, os facistas e os neoliberais, em uma estratégia defensiva de acúmulo de forças, defendemos a unidade do campo democrático, popular e socialista para mobilizar o movimento de massas, para garantir as eleições em 2018 e para eleger Lula presidente.

A direita já definiu sua agenda na escalada golpista: "segurança".

Tendo como pressupostos a defesa da soberania, da democracia e do emprego, no quadro da crise econômica e de medo vivido pelos trabalhadores e pelas famílias com a ampliação do estado de exceção, devemos defender no programa de governo do PT os direitos sociais e os investimentos públicos.

Em particular devemos escolher o SUS como nossa principal bandeira, porque esse eixo de intervenção tem o potencial de ampliar o grau de consciência de classe da nossa base de apoio político, de contribuir para manter o apoio da nossa base social e eleitoral e, ainda, de favorecer a ampliação do apoio das camadas médias da população.

As pesquisas de opinião demonstram há muitos anos que a saúde é um dos principais problemas apontados pela sociedade brasileira. Priorizá-la nos fortalecerá na luta de massas e na disputa eleitoral contra os golpistas, os neoliberais e os fascistas: o SUS lida com a vida e a morte em um contexto de agravamento das condições epidemiológicas dos brasileiros; reduz a desigualdade e desconcentra a renda em um contraponto à política de austeridade fiscal; e é intensivo em força de trabalho, favorecendo a retomada do crescimento econômico e a produtividade do trabalho em um novo ciclo de desenvolvimento. ★

1 A luta por Saúde e seu papel estratégico na conjuntura Pós Golpe de 2016

Nesta conjuntura pós-golpe a luta de classes em torno da garantia dos direitos sociais será travada em nome da sobrevivência física dos trabalhadores e de suas famílias. Sem o SUS ou sem renda e emprego para ter acesso aos bens e serviços de saúde, essa disputa ocorrerá em torno do fundo público visando à redução da desigualdade, a promoção do crescimento econômico ou ainda para aumentar a produtividade do trabalho e ampliar o bem-estar da população.

Vale destacar alguns pontos que jogam luz sobre essa situação:

- pesquisas de opinião informam que, junto com a segurança pública, a saúde é apontada como principal problema da população brasileira, cuja situação piorou com a política de austeridade fiscal aprofundada no governo Temer;

- dada a ofensiva do neofascismo, a questão democrática está no centro da conjuntura, agravada depois do golpe midiático-jurídico-parlamentar com a intervenção militar no Rio de Janeiro;

- considerando a polarização eleitoral (Lula na frente nas pesquisas eleitorais, mesmo depois da sua condenação em segunda instância), a direita já escolheu sua agenda: a segurança pública;

- nesse sentido, tendo como pano de fundo a defesa da soberania, da democracia e do emprego, não apenas motivada pela sua tática eleitoral, mas também visando organizar e mobilizar nossa base social contra a direita cabe à esquerda e às frentes populares escolherem a saúde pública como um dos elementos centrais do seu programa de governo, inclusive se aproximando da base social da igreja católica progressista em contraponto aos setores evangélicos golpistas;

- a política de saúde lida com a vida e com a morte dos indivíduos: em tempos de austeridade fiscal, as classes populares, na prática, assistem a piora do acesso e da qualidade das ações e dos serviços públicos de saúde;

- em tempos de recessão, as classes médias são expulsas dos planos de saúde (sequestro da "poupança" das famílias e dos trabalhadores) ou aumentam seus gastos com bens e serviços privados de saúde, cujos preços apresentam elevações crescentes;

- os trabalhadores e os pobres adoecem mais cedo e morrem primeiro, com as questões relacionadas à saúde perpassando de forma inclemente a estrutura de classes; com o acirramento do estado de exceção no Brasil a situação dos pobres, negros, mulheres, LGBT, tende a piorar; a democracia está a cada dia mais frágil para os debaixo; saúde não rima com ditadura; Saúde rima com democracia e direitos sociais garantidos pelo Estado de direito;

- considerando o quadro epidemiológico do país com o agravamento de doenças infecciosas e as crônico-degenerativas, dado seu caráter intensivo em força de trabalho, a política de saúde, além de atenuar tais problemas, pode ser um instrumento importante de combate ao desemprego por meio do Programa Mais Médicos, da Estratégia de Saúde da Família, da contratação de agentes comunitários de saúde (ACS) e de controle de endemias (ACE), ou ainda, por meio da conclusão de obras inacabadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) e Unidades de ProntoAtendimento (UPAs), com custeio suplementado até a receita de estados e municípios voltarem a crescer;

- fator de dinamismo e aumento do produto interno bruto, produzindo renda, criando emprego e estimulando o desenvolvimento científico e tecnológico com impactos significativos sobre a balança comercial, a seguridade social deve ser vista como novo motor de desenvolvimento social e econômico;

- em resumo, um programa em defesa da vida, da soberania e da democracia para garantir emprego, investimentos públicos, direitos sociais e ambientais e uma nova ética pública.

Expediente

Página 13 é um jornal publicado sob responsabilidade da direção nacional da Articulação de Esquerda, tendência interna do Partido dos Trabalhadores. Circulação interna ao PT. Matérias assinadas não refletem, necessariamente, a posição da tendência.

ISSN 2448-0150-181 - Especial Saúde

Direção Nacional da AE: Adriano de Oliveira/RS, Adriele Manjabosco/RS, Ananda de Carvalho/RS, Ângela Melo/SE, Bruno Elias/DF, Cândida Rossetto/RS, Conceição Maria de Sousa/PI, Damárci Olivi/MS, Daniela Matos/DF, Divonaldo Barbosa/PE, Edivan França/PI, Eduardo Nunes Loureiro/GO, Eleandra Raquel Koch/RS, Eliane Bandeira/RN, Elisa Guaraná de Castro/DF, Emilio Font/ES, Francisco dos Santos/MS, Ismael Cesar/DF, Izabel Cristina da Costa/RJ, Jandyra Uehara Alves/SP, Janine Azevedo/MG, João Luís Lemos/SP, João Paulo Furtado/MG, Júlio Quadros/RS, Laura Paz/RS, Leirson Silva/PA, Lício Lobo/SP, Margarida Calixto/SP, Mariuza Guimarães/MS, Múcio Magalhães/PE, Natália Sena/RN, Olavo Carneiro/RJ, Pamela Kenne/RS, Rafael Tomyama/CE, Raquel Esteves/PE, Renan Brandão/RJ, Rodrigo Cesar/SP, Rosana Ramos/DF, Rubens Alves/DF, Sônia Aparecida Fardin/SP, Tadeu Brito/SE, Ualid Rabbah/PR, Valter Pomar/SP. Comissão de ética: Ana Lídia/SP, Diego Pitirini/RS, Irene dos Santos/SP, Jonatas Moreth/DF. Suplentes da comissão de ética: Giucelia Figueiredo/PB, Wagner Lino/SP

Edição: Valter Pomar, Emilio C. M. Font. **Secretaria Gráfica e Assinaturas:** Edma Walker edmawalker@gmail.com

Endereço para correspondência: R. Silveira Martins, 147 conj. 11 - Centro - São Paulo - SP - CEP 01019-000 Acesse: www.pagina13.org.br

2 Não ao congelamento das verbas da Saúde: por um financiamento suficiente e sustentável do SUS!!!

No Brasil, mais de 200 milhões de pessoas podem utilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) de forma universal e gratuita. Após a Emenda Constitucional Nº 95, aprovada pelos golpistas do Congresso Nacional em 2016, os investimentos em saúde e educação ficarão congelados até 2036. Nós, do "Luta Saúde" junto com a Frente em Defesa do SUS e o Conselho Nacional de Saúde (CNS), apoiamos a Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.658 com o objetivo de vetar a Emenda Constitucional (EC) 95/2016, que está tramitando no Supremo Tribunal Federal (STF).

A ADI reafirma que a EC 95/2016 causará consequências nefastas para a população brasileira, pois transforma o "piso" (limite mínimo) de despesas nas áreas de saúde e educação em 'teto' (limite máximo) por duas décadas. Defendemos a Saúde e a Educação Públicas, Universais, Integrais, Gratuitas e de Qualidade. A maioria da população depende das unidades do SUS, bem como dos órgãos de vigilância em saúde que executam atividades que são atribuição exclusiva do Estado e da educação pública para ter o atendimento dessas necessidades básicas. Saúde e educação são direitos fundamentais inscritos na nossa Constituição Federal de 1988, que deixarão de ser cumpridos pela falta de recursos imposta pela EC 95/2016. O acesso à saúde e educação são obrigações do Estado e devem estar acima de quaisquer divergências político-ideológicas para a construção de uma sociedade mais justa e fraterna.

Na prática, com a fixação da regra do "teto", as despesas serão atualizadas somente pela variação anual da inflação mesmo que a receita cresça no mesmo período. Isso reduzirá as despesas por habitante com o SUS e com a educação de forma acumulada até 2036, porque a população crescerá nesse período, além de outras necessidades, como por exemplo, os custos crescentes para o atendimento da população idosa, cuja participação tem aumentado nos últimos anos.

A retirada de recursos para o financiamento do SUS e da educação é um instrumento da redução da capacidade de financiamento dos direitos sociais, e, particularmente, da seguridade social (saúde, assistência e previdência social) para transferir recursos para o pagamento dos juros e da amortização da dívida pública. No Brasil o pagamento dessa dívida, diferente da Saúde e da Educação, nunca tem imposição de limite máximo para ser efetivado.

Sendo assim, subscrevemos a ADI 5658 e pedimos seu apoio contra a redução de recursos públicos federais para o SUS e para a educação pública. Solicitamos à ministra Rosa Weber, relatora dessa ADI no STF, que declare inconstitucional a EC 95/2016 pelos graves prejuízos que serão causados à maioria da população pela redução de financiamento das despesas sociais, especialmente nas áreas de saúde e educação.

Dessa forma, nessa conjuntura de resistência democrática, temos três tarefas centrais:

(i) Revogar a EC 95;

(ii) Fortalecer o financiamento do SUS (especialmente da atenção primária e da gestão do trabalho na saúde);

(iii) Ampliar a capacidade regulatória do estado sobre o mercado de serviços de saúde, contando com o apoio da sociedade civil organizada por meio da participação social.

Contribuindo para organizar o movimento de massas e para elaborar um programa mínimo em defesa da democracia e da candidatura Lula, da soberania, do emprego e dos direitos sociais – articulando a política de saúde com o desenvolvimento econômico e social do país, reconhecemos que, para sairmos da crise, a questão da reforma tributária é central na atual conjuntura.

É preciso mudar a composição da carga tributária, desonerando as classes populares e médias, penalizadas por uma carga que incide sobre o trabalho e sobre a produção, à medida que não se tributa a alta renda, especialmente a financeira, e o patrimônio.

Devem-se criar condições políticas que viabilizem essa mudança, inclusive como engrenagem para a retomada do crescimento econômico brasileiro, uma vez que a não tributação do patrimônio e da alta renda acaba favorecendo a financeirização: ao lado da redução dos juros, esse seria um meio concreto para fortalecer o padrão de financiamento público dos direitos sociais no Brasil contemporâneo.

No entanto, no curtíssimo prazo, existem obstáculos para: (i) renegociar a dívida pública a partir de auditoria interna; (ii) aprovar uma reforma tributária progressiva; (iii) reverter a avalanche das desonerações fiscais – que chegaram a R$ 277,1 bilhões em 2015; (iv) recriar a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) no Congresso Nacional, que deverá incidir sobre depósitos ou movimentações bancárias a partir de determinado valor, estabelecendo arrecadação compartilhada com estados e municípios, com a finalidade específica de financiar o SUS.

Sendo assim, visando fortalecer o padrão de financiamento do SUS, indicamos ao debate algumas fontes alternativas no curtíssimo prazo, considerando as atuais regras do orçamento público, na linha de uma retomada da Campanha "Saúde mais 10": uma parcela das reservas internacionais, a federalização das dívidas de estados e municípios, novos impostos vinculados itens nocivos à saúde (como tabaco, bebidas, etc.), realocação dos recursos oriundos da renúncia fiscal ou do ressarcimento ao SUS, recursos do Pré-Sal, retomando a Emenda Constitucional 86, a liberação da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) para a saúde apesar dos efeitos da reforma trabalhista.

3 Os planos e seguros privados de saúde são uma enganação! Saúde é direito, não mercadoria!! Por uma saúde pública, universal e de qualidade!!

Aproximadamente 1/4 da população brasileira possui planos e seguros de saúde e, nos últimos anos, o número de ações judiciais contra estes explodiu. A maioria delas está relacionada com a exclusão de tratamentos caros e complexos, reajuste de mensalidade e rescisão unilateral. Em mais de 90% das queixas, o usuário ganhou a causa. Só em 2017, foram mais de 30 mil queixas registradas pelo Tribunal da Justiça do Estado de São Paulo, 329% a mais desde 2011. Ironicamente, esse maior volume ocorre no momento de diminuição da população que utiliza o serviço. Com a recessão, muitas pessoas perderam o emprego e, por tabela, o plano de saúde. Este tremendo aumento significa que persistem práticas abusivas por parte das operadoras, que há falhas na legislação e regulamentação existentes e que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) não cumpre suas funções, pois deveria fiscalizar o setor. O SUS também responde à justiça por mais de 50 mil queixas nos últimos sete anos. Elas geralmente envolvem a obtenção de medicamentos de alto custo.

Em fevereiro de 2018, o STF decidiu por unanimidade que Planos de saúde estão obrigados a ressarcir o SUS todas as vezes que seus usuários forem atendidos na rede pública. Com isso foi confirmada que esta regra, prevista na lei que regulamenta a saúde suplementar, é constitucional, colocando fim a um impasse que já durava quase 20 anos. Segundo o Ministério da Saúde, os valores questionados na Justiça chegam a R$ 5,6 bilhões. A decisão traz impacto não apenas para os cofres do SUS, mas também para quem contrata os planos, na esperança de ter um atendimento que escolheu.

A lei que regulamenta os planos de saúde entrou em vigor em 1998. Naquele mesmo ano, a Confederação Nacional de Saúde, entidade que representa hospitais, estabelecimentos e serviços de saúde, ingressou com ação, contestando o ressarcimento. Embora a permissão da cobrança do reembolso já estivesse em prática, as operadoras tinham esperança de que a regra fosse derrubada pelo STF.

É impossível saber o prejuízo com tantos anos de impasse. Além de acompanhamento deficiente, a cobrança, feita pela ANS até 2015 era parcial. Era pedido o reembolso só de internações hospitalares. Procedimentos ambulatoriais, como os denominados procedimentos de alto custo (hemodiálises e outros), mais caros que internações, não entravam nessa conta. Com a decisão do STF, fica claro que a cobrança é universal. Vale para todos os atendimentos feitos pelo SUS a usuários de planos, desde que no contrato tenha sido prevista tal cobertura.

Entretanto a situação com a Saúde Suplementar pode piorar ainda mais: está sendo proposta uma nova lei dos planos de saúde (projeto do senador Luiz Pontes do PSDB do Ceará), que atende unicamente às empresas. Se aprovada, ela expulsa os idosos pobres dos planos, legaliza planos segmentados de menor cobertura, reduz o valor das multas e dificulta a incorporação de exames e tratamentos na lista de procedimentos obrigatórios.

Pela legislação vigente, os planos de saúde podem reajustar o valor da mensalidade a cada mudança de faixa etária. Atualmente, são válidas dez faixas cronológicas, a primeira até 17 anos e a segunda a partir de 18 anos, mudando a cada 4 anos de forma subsequente. O último aumento se encerra aos 59 anos, quando os planos são autorizados a aumentar em até seis vezes o valor da mensalidade em relação ao valor da parcela da primeira faixa de idade.

Se o projeto for aprovado, ele rasga o Estatuto do Idoso, pois permite que idosos acima de 60 anos passem a ter reajuste nos valores do plano de saúde. Aquela parcela da população que paga os planos durante boa parte de sua vida saudável, na velhice, quando mais precisa, pois começam a aparecer mais doenças crônicas, gastos com medicamentos e o salário fica reduzido por conta da aposentadoria, não poderá mais arcar com os planos com reajustes abusivos e ilegais. Um retrocesso sem precedentes. Nesse sentido, acreditamos que pobres e trabalhadores devem ser contrários aos planos de saúde. Precisam entrar na luta por um Sistema de Saúde nacional, público, universal e qualificado, o SUS, para todos os brasileiros e brasileiras.

E atenção: o governo federal protege os planos e seguros de saúde, pois autoriza que pessoas jurídicas (empresas e instituições) abatam do Imposto de Renda os planos que "concedem" a seus trabalhadores e também autoriza que pessoas físicas a fazer o mesmo, sem quaisquer limites. Isso significou, por exemplo, a valores nominais de 2015, 12 bilhões e meio de reais de renúncia fiscal da União em favor de planos e seguros de saúde!! Ou seja, a renúncia fiscal atingiu valores próximos de 11% do orçamento total do Ministério da Saúde, que foi de R$ 109,2 bilhões.

O empreendimento capitalista dos planos e seguros de saúde, afora a insuficiente fiscalização e controle por parte do poder público, parasita um montante imenso de recurso público que lhes facilita – e muito! – manter expressivas margens de lucratividade com pouquíssimo risco.

4 A saúde do povo brasileiro carece de um Estado mais efetivo, cuja prestação de serviços deve ocorrer em benefício da sociedade e não de entes privados

Há 30 anos atrás, uma coalizão de forças progressistas advinda das lutas pró-democratização do país pós-ditadura, se articulou durante o processo constituinte para a criação do SUS. Entretanto, com a eleição do governo neoliberal de Collor de Melo, não foi esta mesma coalizão que levou a frente sua implementação. As classes dominantes brasileiras, revertendo o brevíssimo abalo de sua hegemonia experimentado durante a constituinte, não permitiram o início da implantação plena do SUS para todos os brasileiros e brasileiras.

No nascedouro do Sistema, os recursos investidos na saúde pelo Ministério da Previdência e Assistência Social foram diminuídos, bem como os 30% do orçamento da seguridade social não foram destinados à saúde, conforme previsto na constituição. Muitas pessoas morreram por desassistência nos anos 90, porque hospitais conveniados (privados beneficentes e lucrativos) com a administração pública federal não foram pagos e deixaram de atender urgências e emergências.

Durante essa década, nos governos Fernando Collor, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso, a ampliação necessária dos serviços de saúde públicos foi inviabilizada com cortes drásticos dos repasses de recursos da seguridade social de forma articulada à implantação de uma Reforma do Estado, mediante a criação das chamadas Organizações Sociais (OS). O programa que qualificava entidades como OS, extinguia órgãos e absorvia atividades do Estado, transferindo a estes órgãos a responsabilidade da gestão dos serviços públicos, criando o que ficou conhecido como processo de privatização ou terceirização dos serviços, especialmente na Saúde. No final do ano 2000, aprofundando este processo, é editada a Lei Complementar nº. 101, ou Lei de Responsabilidade Fiscal que, na prática, impôs uma barreira cabal à implantação dos sistemas públicos de proteção social, intensivos no emprego de mão-de-obra, como é o caso, do SUS, da Educação ou mesmo do mais recente SUAS (Sistema Único de Assistência Social), porque restringiu a contração de funcionários pelos municípios, estados e União.

Desde então, vários modelos de "parcerias" com o Estado foram criados, sendo as OS as mais estudadas e criticadas. Seu surgimento iniciou-se pelo estado de São Paulo, onde estão localizadas oito das dez maiores existentes (dados de 2016). Dada sua disseminação, configurando-se como grandes grupos empresariais, que atuavam de forma ampla, assumindo a função de gestão pertinente ao Estado, detinham ao mesmo tempo inúmeras denúncias constatadas por auditorias que comprovaram irregularidades diversas, tais como prejuízos econômicos e sociais, restrições e limitações de acesso aos serviços de saúde, precarização das relações de trabalho (alta rotatividade de profissionais de saúde, desrespeito a direitos trabalhistas – "pejotização" –, baixos salários, autoritarismo e assédio moral) e qualidade dos serviços questionável. Além disso, outros problemas e irregularidades vêm sendo apontados por órgãos de fiscalização:

• sede da entidade fora da região de atuação;

• entidades recém-criadas com o único propósito de prestarem serviços terceirizados e quarteirizados;

• entidades sem qualquer experiência na área da saúde;

• ausência de demonstração de capacidade para desempenhar os serviços;

• existência de denúncias sobre irregularidades graves na gestão em outros estados desconsideradas na qualificação da OS pelo estado que a está contratando;

• falta de transparência e de prestação de contas;

• aditivos contratuais recorrentes;

• altas taxas administrativas, o que é totalmente despropositado para entidades privadas que se consideram de interesse público.

Neste sentido, além de ser mais oneroso ao erário público e fonte de corrupção, as OS agudizam a fragmentação do SUS em redes municipais e estaduais de prestação de serviços de saúde, em função da atuação absolutamente insuficiente das Secretarias de Saúde estaduais e do Ministério da Saúde para viabilizar essa integração. Cada OS tem um quadro de pessoal, uma política de remuneração e uma política de cuidados que obedecem a lógica de cada entidade e não a do SUS.

A derrota do golpismo, das forças antidemocráticas e de mercado na saúde supõe o fortalecimento gestão pública compartilhada entre municípios, estados, distrito federal e União, tendo como base de operação das 436 Regiões de Saúde existentes no Brasil, mediante a organização de carreiras nacionais para os profissionais de saúde, de modo que se submetam as OS à prestar serviços necessários ao SUS, criando condições para substituí-las, retomando a gestão pública dos serviços de saúde.

5 A inconstitucionalidade da lei do capital estrangeiro deve ser definida pelo STF!!!

No final de dezembro de 2014, foi enviada ao Congresso a medida provisória (MP) 656, que tinha como tema principal créditos e incentivos tributários. Como "contrabando legislativo" por referir-se a objeto desconexo do texto originário, foi incluída ali uma emenda, pelo deputado Manoel Junior (PMDB -PB), com a autorização para a atuação do capital estrangeiro na saúde.

Na verdade, o que os movimentos sociais do campo progressista na saúde alertaram na época ao governo petista é que essa inclusão representava um desrespeito à Constituição e a Lei Orgânica da Saúde, que até o momento previam a participação do capital estrangeiro apenas em casos excepcionais, e não em regra. E, ainda, que a abertura irrestrita representaria mais um passo rumo à privatização da saúde e ao desmonte do SUS.

Recentemente, em outubro de 2017, segundo delações do doleiro Lúcio Funaro, a liberação do capital estrangeiro na saúde, por meio da MP 656/2014, e posterior Lei 13.097/2015, foi obtida mediante propina paga por empresas de planos de saúde e hospitais privados. A propina teria sido exigida pelo deputado cassado Eduardo Cunha (PMDB). O autor da emenda, também pode ter recebido dinheiro de forma ilícita de operadoras de planos e empresas privadas que atuam na saúde, entre eles a Rede D'or e o Grupo Amil.

O "Luta Saúde" apoia os procedimentos legais que estão sendo propostos pelas entidades e movimentos ligados à Reforma Sanitária Brasileira pela nulidade da lei, evidenciando o vício de origem na sua aprovação que não cumpriu os ritos básicos para uma mudança constitucional em tema de grande relevância social, como é o direito à saúde. Esse tipo de prática encontra-se expressamente vedado pelo STF desde 2015, quando se proibiu que e o congresso nacional não pode mais incluir, em MPs editadas pelo poder executivo, emendas parlamentares que não tenham pertinência temática com a norma, o chamado "contrabando legislativo". Além desse "contrabando", não foi caracterizado o requisito constitucional básico de urgência, necessário para a submissão e aprovação de uma MP. Como se não bastasse, o autor da emenda é um deputado do PMDB que teve campanha eleitoral financiada por empresa de plano de saúde, o que evidencia flagrante conflito de interesse. Conclui-se que, além de vícios nos motivos e acordos escusos que levaram à edição da lei – conforme delatou Funaro –, há também vícios formais na sua elaboração.

O capital estrangeiro na saúde fortalece uma privatização ultra predatória, voltada só para os mais altos retornos. São investimentos de curto prazo, com a preocupação de extrair o máximo possível de rentabilidade de curto prazo. Trata-se da destruição da capacidade de atendimento instalada que já é precária no Brasil, uma destruição com o uso dessa estrutura só para extrair juros elevados. Uma prática que faz com que os ricos fiquem cada vez mais ricos e os pobres cada vez mais pobres. Precisamos dizer um basta ao capital estrangeiro.

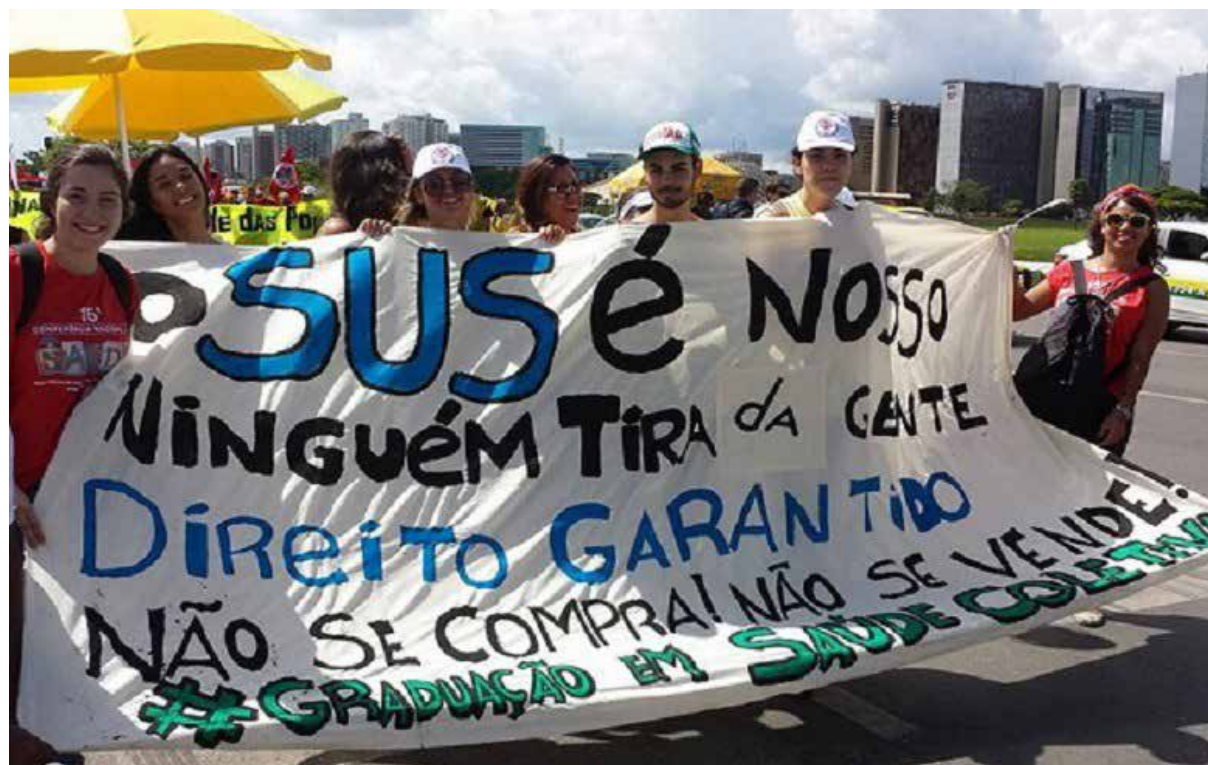
6 O povo brasileiro precisa ter seu direito a um cuidado em saúde integral, universal e de qualidade garantido!!

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é resultado da experiência acumulada por um conjunto de atores envolvidos historicamente com o desenvolvimento e a consolidação do SUS que define a atenção básica (AB) como eixo prioritário das redes de atenção em saúde, orientada por princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade e responsabilização. Neste sentido, como lógica fundante, cada UBS (Posto, Centro de Saúde ou ainda Unidade de Saúde da Família) no Brasil deve se constituir no pilar e na porta de entrada principal do sistema (principal e não única, uma vez que as UPAs também são porta de entrada). A UBS, situada próxima ao local de moradia dos cidadãos e cidadãs, é o serviço de referência do usuário e responsável pelo seu seguimento ao longo da vida, mesmo quando encaminhado para outros níveis de atenção. Ela deve atender de forma sistematizada e com prioridade aos grupos de risco e vulnerabilidade de seu território, enfocando as necessidades de saúde e aumento da qualidade de vida das pessoas e suas famílias, atuando de forma humanizada, intersetorial e integral.

Oficialmente organizando-se nos âmbitos federativos a partir de 2006, à AB somam-se ações ampliadas de promoção da saúde e intersetoriais que culminam na publicação da política nacional em 2011, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para sua organização evoluindo da Estratégia Saúde da Família (ESF) e da adesão ao programa de agentes comunitários de saúde (PACS).

Pesquisas nacionais e internacionais apontam que a ESF tem resultados superiores ao reduzir internações, encaminhamentos, solicitação de exames supérfluos e de prescrições de medicamentos e de procedimentos desnecessários, além de interromper o agravamento e evolução de diversas condições de saúde. Com equipes multiprofissionais, com carga horária maior do profissional médico, com foco em promoção e prevenção, a ESF foi o modelo melhor avaliado segundo do estudo do Ipea (Instituto de Política Econômica Aplicada), de 2011, que analisou a percepção da população aos serviços de saúde. Mais de 80% dos entrevistados avaliaram o serviço como muito bom. Nesta avaliação, a Saúde da Família (SF) estava em 74% dos municípios brasileiros, ampliando o acesso ao cuidado em municípios de menor porte e afastados dos grandes centros. Eram 5.460 municípios e mais de 121milhões de pessoas beneficiadas por ela. Com maiores aportes financeiros federais, a estratégia auxilia municípios mais empobrecidos, que têm dificuldades com recursos próprios, a financiar e oferecer melhores ações de saúde às suas populações. Aproximadamente, 70% dos municípios brasileiros possuem menos de 20 mil habitantes, em sua maioria com muitas dificuldades financeiras, tendo a SF como único serviço de saúde local. Nestes anos de implementação, a ESF alcançou a melhoria de indicadores de cobertura vacinal, redução da desnutrição, da morbimortalidade infantil e da mortalidade materna, melhoria do acesso a serviços odontológicos, redução das internações desnecessárias, acesso a práticas in-

tegrativas e complementares em saúde, entre outros. Tais avanços se deram em parte por medidas como a criação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), a ampliação e as novas diretrizes do Telessaúde, a Criação do Programa Mais Médicos, do Programa Brasil Sorridente, dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Torna-se inevitável relacionar a melhoria dos indicadores de saúde ao aumento da cobertura da AB nos últimos doze anos, saindo de 31,8% em 2002 para 62,4% em 2014.

Mas apesar destas conquistas e melhores resultados, coincidentemente um ano após o golpe que destituiu a presidenta eleita Dilma Rousseff, uma nova PNAB foi rápida e autoritariamente aprovada: uma breve reunião de pactuação da comissão intergestores, sem nenhuma discussão prévia com o CNS e após uma rápida consulta popular (em 13 dias foram feitas mais de 6000 sugestões de mudança) foram flexibilizadas regras, que permitiram a criação de equipes menores, sem a presença de ACSs, com carga horária menor para médicos, estimulando a substituição das equipes da SF já implantadas pelas equipes de AB composta por menos profissionais. Foi também retirado parâmetro de cobertura, com a carga horária por categoria profissional e não por trabalhador. Em evidente intencionalidade de enfraquecer e substituir progressivamente a ESF por meio do financiamento de um modelo amorfo, sem critérios mínimos de qualidade, permite a redução imediata de gastos, mas o aumento dos custos, ao considerar os efeitos em cadeia em outros pontos da rede como, por exemplo, maior quantidade de eventos de urgência, internações e realização de procedimentos cirúrgicos e diagnósticos. Ou seja, problemas de saúde que poderiam

ser atendidos pela AB, apresentarão maior riscos à vida e susceptibilidade de sequelas com potencial impactos negativos à saúde e à qualidade de vida imediatos e a longo prazo.

Num contexto de financiamento em que os municípios vêm investindo muito mais do que o mínimo exigido legalmente, a investida golpista, neste momento de grave crise politica, institucional e financeira, aprofundado pela implementação da EC95, através da redução dos blocos de financiamento de 6 para duas categorias genéricas e agregadas – custeio e capital, veio para justificar o injustificável . Debatida, é verdade, entre gestores que há muito tempo defendiam a autonomia local, e sem passar pelo CNS novamente, tal medida foi aprovada, mesmo provocando redução das exigências e fim da indução de modelagens assistenciais, padrões de qualidade nos serviços, mínimo de cobertura e investimentos, que desatrelam o repasse dos recursos federais de qualquer resultado assistencial que exija contrapartidas municipais ou mesmo a aplicação dos mesmos, flutuando conforme as prioridades do gestor local.

Como se não bastasse, ao favorecer a proposta da "carteira" nacional de serviços essenciais e estratégicos, com nítido viés mercadológico, promove a segmentação entre os serviços, com um significativo retorno aos tempos do INAMPS, num modelo centrado em procedimentos. Afinal, num país continental como o nosso, com tantas desigualdades e diferenças, qual e como definir um mínimo de serviços? Essa proposta vem sendo utilizada, no estado do Rio de Janeiro, por exemplo, para facilitar os contratos terceirizados dos serviços de saúde.

A mudança criticada por vários setores coincide com a proposta do ministro golpista em ofertar cursos de formação de enfermagem aos ACS, desconfigurando ainda mais o papel desse ator essencial na conformação e qualidade dos atendimentos da Saúde da Família.

Preocupante também a contratação de empresas privadas para informatização dos serviços municipais. Uma ação aguardada e com potencial de melhorar o atendimento e geração de dados, mas desenvolvida sem politica específica, permitindo que empresas privadas façam o contato e implementação da informatização sem conhecimento do funcionamento dos processos de trabalho e cuidado inerentes aos serviços públicos de saúde. Recentemente, foi denunciada na imprensa a fragilidade na proteção dados, com informações de pacientes disponibilizados no E-SUS sem sigilo.

No caso do Mais Médicos, mesmo com a vitória no STF, que decidiu, no final de 2017, pela constitucionalidade do programa, o governo golpista vem atacando-o mais ou menos silenciosamente, suspendendo sua expansão e paralisando desde 2016 investimentos da ordem de R$ 5 bilhões para realizações de obras, substituindo médicos estrangeiros por brasileiros, gerando novamente um déficit de profissionais em áreas mais distantes, inviabilizando a formação de novos profissionais com o não cumprimento da meta de abertura de escolas de medicina, suspendendo o direcionamento de médicos recém-formados ao atendimento a famílias e comunidades, antes de ingressarem no mercado por pelo menos um ano.

7 Saúde não se vende. Usuário não se prende.

De acordo com Organização Mundial de Saúde a política de saúde mental brasileira é uma referência no cuidado em liberdade e na devolução da cidadania de muitos brasileiros marcados pelo sofrimento mental e ou com uso prejudicial de álcool e outras drogas.

Historicamente inscrita na reforma sanitária brasileira, nossa reforma psiquiátrica tem a trajetória do protagonismo de trabalhadores e usuários da saúde mental que vislumbraram o cuidado das pessoas com transtorno mental respaldado nos direitos humanos, que superasse a exclusão do convívio familiar, a segregação para tratamento, o doloroso uso de eletrochoques e a utilização indiscriminada de medicamentos.

Com a aprovação da lei 10216 do deputado petista Paulo Delgado em 2001, pode-se ampliar os serviços substitutivos ao modelo hospitalocêntrico porque foi criada uma linha de financiamento específico para o processo de desospitalização que incluía dentre suas principais estratégias a implantação dos centros de atenção psicossocial (CAPS), de centros de convivência, o programa de volta para casa, o programa de monitoramento e fechamento de leitos psiquiátricos, a qualificação de equipes de saúde mental e a reabilitação psicossocial por meio da economia solidária.

Foram muitos os avanços de forma que a sociedade começou a incorporar as práticas restaurativas de vidas compreendendo que um outro lugar social é possível para os “loucos”.

Percebendo a oportunidade de combater a espinha dorsal ideológica desta política que opera com a generosidade do convívio com a diversidade e ainda mais garantir o retorno ao lucro fácil com os manicômios, o governo golpista promoveu em dezembro de 2017 um ataque sem precedentes a essa bem sucedida e reconhecida política em nível nacional, decretando o retorno da remuneração à internação de pessoas com transtornos mentais nos famigerados hospitais psiquiátricos. Simbolicamente, este retorno à lógica e práticas manicomiais foi perpetrado na mesma semana em que se comemoravam os 30 anos da Carta de Bauru, marco histórico da reforma psiquiátrica em nosso país. A carta de Bauru inspirou vários estados e municípios brasileiros no sentindo de superar justamente aquele modelo de assistência que violava direitos humanos.

Atualmente vivemos em constante resistência contra a reformulação das diretrizes da Política de Saúde Mental feita a toque de caixa, sem debate com a sociedade, trabalhadores ou usuários. Sintomaticamente, na reunião do Conselho Nacional de Saúde em que foi apresentado tal retrocesso, o presidente daquele conselho foi impedido de falar, desrespeitando frontalmente o órgão máximo do controle social do SUS, numa postura autoritária e fascista, bastante coerente com as repercussões de lucratividade do manicômio pactuadas nos convênios com as comunidades terapêuticas impostas pelo golpismo.

O “Luta Saúde” considera essencial que todas estas questões aqui levantadas possam servir ao fortalecimento do controle social nos serviços e aos núcleos de base do partido de forma que nossa militância, através de diálogos e lutas constantes, possam reverberar nos enfrentamentos mais acirrados contra aqueles que ardilosamente se revestem do autoritarismo para fazer jus a uma politica de exclusão social proporcionado pelos empresários da “loucura”.

Fontes de consulta:

www.conselho.saude.gov.br
https://jornal.usp.br/atualidades/agencia-falha-na-fiscalizacao-de-operadoras-de-planos-de-saude/
http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,supremo-decide-que-planos-de-saude-devem-reembolsar-o-sus,70002181896
https://www.opopular.com.br/editorias/cidade/depois-de-20-anos-de-impasse-stf-decide-pol%C3%AAmica-sobre-reembolso-de-planos-ao-sus-1.1456240
https://istoe.com.br/projeto-preve-reajuste-em-plano-de-saude-de-idosos-e-multa-menor-a-operadoras/
http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,projeto-preve-cinco-faixas-de-reajuste-nos-planos-de-saude-para-idosos,70002051965
https://www.abrasco.org.br/site/noticias/institucional/abrasco-vai-pedir-nulidade-da-lei-que-autoriza-autoriza-o-capital-estrangeiro-na-saude/30705/
https://www.brasildefato.com.br/2017/10/02/reporter-sus-or-entidades-pedem-a-anulacao-da-mp-do-capital-estrangeiro-no-sus/
http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=301892
http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=7165:ipea-divulga-percepcao-social-sobre-a-saude-no-brasil&catid=4:presidencia&Itemid=2
https://heiderpintoblog.files.wordpress.com/2017/09/relatorio-pnab-do-gt-ab-cns.pdf
https://www.conversaafiada.com.br/brasil/governo-temer-quer-desmontar-mais-medicos